

(別紙様式1)

退院証明書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名	性別 (男・女)
患者住所	
電話番号	
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)	

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日 ・ 入院年月日 平成 年 月 日 ・ 退院年月日 平成 年 月 日
2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間 (複数ある場合はそれぞれ記載のこと。) ・ 入院基本料等の種別 : ・ 算定期間 : 日 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間 ・ 日 (平成 年 月 日現在)
4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名 ・ 傷病名 :
5. 転帰 (該当するものに○をつける。) ・ 治癒 ・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。) ・ その他
6. その他の特記事項

Ⅲ ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に、必ず各項目に評価点(0~6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a ベッド上の可動性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b 移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c 食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d トイレの使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL得点(合計得点0~24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合には、入院時)に、必ずⅠ~Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

医療区分の評価

ADL区分の評価

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A 医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 医療区分1 医療区分2の該当項目数が0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 医療区分3 医療区分3・2いずれの該当項目数も0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 医療区分2 医療区分2・1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

主治医

(印)

注1

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

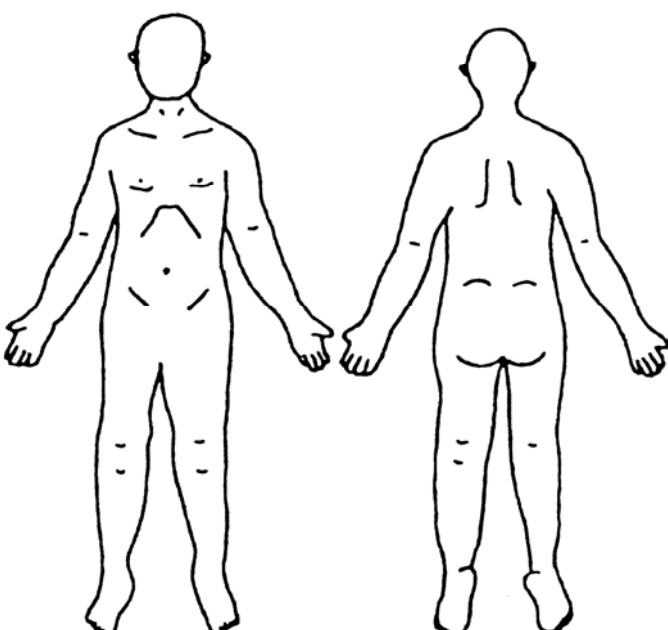
注2

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等(別表第五の二の患者は除く。)

緩和ケア実施計画書

氏名	(ふりがな)	年齢	ID																																																																	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	歳																																																																		
主訴																																																																				
診断	1) _____ 5) _____	2) _____ 6) _____	3) _____ 7) _____																																																																	
	4) _____ 8) _____																																																																			
現病歴	年 月 日																																																																			
既往歴	年 月 日																																																																			
身体症状	<p>【重症度】</p> <table><tr><td>1. 痛み</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>2. 呼吸困難</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>3. 倦怠感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>4. 発熱</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>5. 口渇</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>6. 咳・痰</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>7. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>9. 腹部膨満感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>10. 便秘</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>12. 浮腫</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr><tr><td>13. その他(具体的に)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>【症状の性質、分布】</p> 			1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	13. その他(具体的に)				
1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																
13. その他(具体的に)																																																																				
身体活動状態	全般 <input type="checkbox"/> 0. 問題なし <input type="checkbox"/> 1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> 3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 4. 常に介助が必要、終日臥床している																																																																			
	歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 要介助																																																																		
	食事 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可	入浴 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可																																																																		

精神状態		【重症度】	
1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
5. 眠気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)			
その他の問題			
<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/> その他			
本人の希望		家族の希望	
治療目標 (優先順に)	②	③	
①			
緩和治療・検査計画			
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクゼーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日			
		年	月 日
本人の署名		家族の署名 (続柄)	
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師			

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成 : (同居家族を含む)	社会的環境 :	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴 :)	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 (曜日)	入院 形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 措置入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> その他
主 訴	患者 :			
	家族(父・母・その他) :			
症状 および 問題行動 :				
A. 行 動 : a. 動 き : <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 ()				
b. 表 情 : <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 無表情				
c. 話 し 方 : <input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語				
d. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常				
B. 情 緒 : <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和				
C. 対人関係 : <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他罰的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如				
D. 知的機能 : <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習(能力)障害				
E. 意 識 : <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害				
F. 意 欲 : <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進				
G. 行 為 : <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破損				
H. 知 覚 : <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚				
I. 思 考 : <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 () <input type="checkbox"/> 連合障害				
J. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立				
具体的な事柄 :				

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名)

予定治療期間 (週間/月) 本人の希望 : 家族の希望 : 目標の設定 : 同意事項 : <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 ()	基本方針 :
	治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週 薬物療法 : <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 () B. 検査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 () 心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 () <input type="checkbox"/> 性格検査 ()
行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他)	隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	

Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 : 回/週・月 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 : 回/週・月 その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 : 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 : 回/週・月	具体的アプローチ
---	----------

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 ()	学校への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現状での問題点 () <input type="checkbox"/> 今後の方向性 ()
--	---

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン _____ 保護者サイン _____

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院治療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

(別紙様式5)

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フガナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日； _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
・エネルギー kcal ・たんぱく質 g	食事内容
・水分	留意事項
・	
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価	

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービ ス等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(退院支援計画担当者)

印

(本人)

(別紙様式 7)

亜急性期入院医療管理診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印

(別紙様式8)

短期滞在手術同意書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病 名	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
手術後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) _____ 印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術をうけることに同意します。

(患者氏名) _____ 印

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生(才)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	【検査項目】 <input type="checkbox"/> 身長 (cm) <input type="checkbox"/> 体重: 現在(kg) → 目標(kg) <input type="checkbox"/> BMI () <input type="checkbox"/> 腹囲: 現在(cm) → 目標(cm) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> 運動負荷心電図 <input type="checkbox"/> その他 ()	【血液検査項目】 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 血糖 (空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 (%) → 目標(%) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> その他 ()
	【問診】 <input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活 【①達成目標】: 患者と相談した目標 () 【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()	
		医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名 (印)
	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名 (印)
【服薬指導】 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名 (印)	

【療養を行うにあたっての問題点】	
-------------------------	--

【他の施設の利用状況について】	
------------------------	--

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名 (印)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日:明・大・昭・平	年 月 日生(才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間)
	<input type="checkbox"/> BMI ()		(mg/dl)
【検査・問診】	<input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm)	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標

【①達成目標】:患者と相談した目標

--	--

【②行動目標】:患者と相談した目標

--	--

医師氏名	(印)
------	-----

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名	(印)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名	(印)	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名	(印)
------	-----

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 (歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業
住所
電話番号

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発症年月日	平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発 / 再発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)	

その他の傷病名

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。

C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。

III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
父母の氏名	父: ()歳 職業()	母: ()歳 職業()
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : ()g 身長 : ()cm 出生時の特記事項 : 無・有 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 () 妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回:)	家族構成 育児への支援者:無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする
日常的世話の状況	・その他()	
養育者の状況	健康状態等	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
	こどもへの思い・態度	・疾患()・障害()
		・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他()
養育環境	家族関係	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()
	同胞の状況	・面会が極端に少ない・その他()
	養育者との分離歴	・同胞に疾患()・同胞に障害()
養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	
情報提供の目的とその理由		

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ()歳 職業()	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の 住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日	
今回の 出産時の 状況	出産場所：当院・他院 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)	家族構成 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	他の児の状況	・疾患()・障害()
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の 目的とその 理由		

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことにについて記入すること。

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

本日の診療内容の要点

(診察日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日; 明・大・昭 年 月 日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

本日の診療について 血圧 (/ mmHg) 体温 発熱 有(°C)・無 脈拍等その他の所見	次回受診日時 月 日() 時 分
毎日の生活での留意事項	本日のお薬
今日の検査 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図	次回に当院で予定している検査等 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 検尿 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> 血液検査結果 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	他院での診療状況 (他院での指導について記入してください)
(他院での指導について記入してください)	疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)

後期高齢者診療計画書

(記入日: 年 月 日)

患者氏名 (男・女)
生年月日: 明・大・昭 年 月 日

診療所	担当医師氏名
連絡先	

(別紙様式15)

病名 () () () () () () () () () () () ()	主病 ()	他に定期的に受診している医師 病名 () () () () () () 診療所 () () () () () () 先生 () () () () () () 病名 () () () () () () 診療所 () () () () () () 先生 () () () () () () 病名 () () () () () () 病院 () () () () () () 先生 () () () () () () 病名 () () () () () () 病院 () () () () () () 先生 () () () () () ()			
年間検査のスケジュール					当院の連携医療機関 (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 その他留意事項
	4月～6月 月 日作成	7月～9月 月 日作成	10月～12月 月 日作成	1月～3月 月 日作成	
身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能を含めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療方針等					要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者 患者署名

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ)、日に1回交換 8. 留置カテーテル(サイズ)、日に1回交換 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン(部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他()	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名)		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式 17)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病識	
	日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)
治療の目標		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
1 生活習慣、生活リズムの確立		
2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得		
3 対人関係の改善		
4 社会資源活用の支援		
5 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)	
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名 _____

患者ID _____

患者性別 男 女 年齢 _____

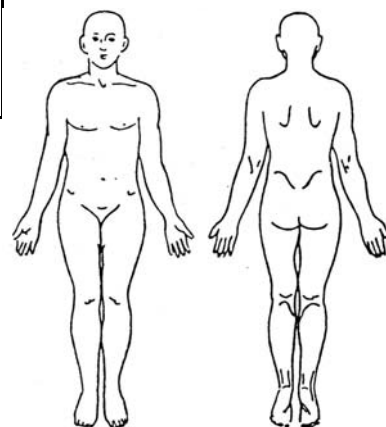
- 1) 精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ()
 Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 Glasgow coma scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
- b) 感情・気分 : 正常、異常 ()
- c) 見当識 : 正常、障害(時間、場所、人)
- d) 検査への協力 : 協力的、非協力的
- e) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 =
- f) 数字の逆唱 : 286, 3529
- g) 失行 (), 失認 ()
- 2) 言語 正常、失語(), 構音障害(), 嚙声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、 	正、 
眼底	正常、動脈硬化()度、出血、白斑、うっ血乳頭、乳頭萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視(), 偏視(), 突出()	
眼球運動		
眼振		
複視	(-) (+) (方向:)	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
味覚	正常、障害()	
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	(-) (+) 回転性・非回転性 ()	
耳鳴り	(-) (+)	(-) (+)
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	(+) (-)	(+) (-)
嚥下	正常、障害()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏位	(-) (+) (偏位: 右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)

- 5) 運動
- a) 筋ト一ヌス 上肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下) その他()
下肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下)
 - b) 筋萎縮 (-) (+) (部位:)
 - c) 線維束性収縮 (-) (+) (部位:)
 - d) 関節 変形、拘縮 (部位:)
 - e) 不随意運動 (-) (+) (部位: 性質:)
 - f) 筋力 正常、低下、麻痺 (部位: 程度:)

		右					左						右		左			
頸部屈曲	C1~6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	上肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
伸展	C1~T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	下肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
三角筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	Mingazzini	(-)	(+)	(-)	(+)
上腕二頭筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	握力	kg		kg	
上腕三頭筋	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
手関節背屈	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
屈曲	C6~8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
母指対立筋	C8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
腸腰筋	L1~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
大腿四頭筋	L2~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
前脛骨筋	L4,5	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
腓腹筋	S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					

筋萎縮・感覚



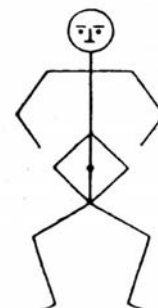
- 6) 感覚
- a) 触覚 正常、障害(部位:)
 - b) 痛覚 正常、障害(部位:)
 - c) 温度覚(温・冷) 正常、障害(部位:)
 - d) 振動覚 正常、障害(部位:)
 - e) 位置覚 正常、障害(部位:)
 - f) その他() 正常、障害(部位:)

7) 反射

	右		左			右		左		他病的反射	右		左	
下顎					膝蓋腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕二頭筋					アキレス腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕三頭筋					腹壁 上						(-)	(+)	(-)	(+)
腕とう骨筋					下						(-)	(+)	(-)	(+)
ホフマン	(-)	(+)	(-)	(+)	バビンスキー	(-)	(+)	(-)	(+)	膝クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)
トレムナー	(-)	(+)	(-)	(+)	チャドック	(-)	(+)	(-)	(+)	足クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)

8) 協調運動

	右		左	
指一鼻一指		正常、拙劣		正常、拙劣
かかと一膝		正常、拙劣		正常、拙劣
測定		正常、異常		正常、拙劣
反復拮抗運動		正常、拙劣		正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激症状 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 10) 脊柱 正、側弯、前弯、後弯 ラゼーグ徴候 (-) (+)
叩打痛 (-) (+) 運動制限 (-) (+)
- 11) 自律神経症状 排尿機能 正常、異常()、排便機能 正常、異常()
起立性低血圧 (-) (+)、発汗機能 正常、異常()
- 12) 起立、歩行 ロンベルグ徴候 (-) (+)、マン徴候 (-) (+)
歩行 正常、異常()
つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)

神経学的所見のまとめ

.....

神経学的検査担当医師

署名 _____

(別紙様式20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点 (副作用・感染症救済制度等)	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄:)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女		年生 () 歳	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医		PT		OT		ST	
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施	

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」				
	自	監	部	全	非	独	監	部	全	非
ADL・ASL等	立	視	助	助	施	立	視	助	助	施
屋外歩行										
病棟トイレへの歩行										
〃 への車椅子駆動										
車椅子・ベッド間移乗										
椅子座位保持										
ベッド起き上がり										
排尿(昼)										
排尿(夜)										
食事										
整容										
更衣										
装具・靴の着脱										
入浴										
コミュニケーション										
活動度	日中臥床: □無, □有(時間帯:)					理由 ()				
	日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ									

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	-----------------------------	-------------------------

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M					

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)										
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:					<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:				
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):								
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)									
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具、介助内容)	使用用具(杖、装具)	介助内容			
	食事	10	5	0						
	移乗	15	10 ←監視下							
	座れるが移れない→		5	0						
	整容	5	0	0						
	トイレ動作	10	5	0						
	入浴	5	0	0						
	平地歩行	15	10 ←歩行器等		歩行:					
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子:					
	階段	10	5	0						
	更衣	10	5	0						
	排便管理	10	5	0						
排尿管理	10	5	0							
合計(0~100点)	点									
コミュニケーション										
目標 (1ヶ月後、退院時):				本人・家族の希望:						
リハビリテーションの治療方針:										
目標到達予想時期:						説明者署名:				
本人・家族への説明: 年 月 日				説明を受けた人:本人、家族() 署名:						

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)	心身機能 □運動機能障害: [] □感覚機能障害 [] □高次脳機能障害: [] □拘縮:(部位)) □関節痛:(部位)) □その他()) [] 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		
退院先 □自宅 □その他: □退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護状況	現在の評価及び目標							具体的なアプローチ					
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況	現在の評価及び目標							具体的なアプローチ					
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)

ご家族の希望 (年 月 日)

生活 目 標	その人らしく生活するためのポイント
--------------	-------------------

リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン プ ロ グ ラ ム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み
--	-------------------------------------

ご本人に行ってもらいたいこと

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)

備考

担 当 チ ー ム	担当医: _____ ●PT・OT・ST: (), (), (), () _____ ●看護・介護: (), (), (), () _____ ● _____ (), (), (), () _____ ()内は職種を記入
-----------------------	---

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る届出添付書類

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III
1	廃用をもたらすに至った 要因	
2	臥床・活動性低下の期間	
3	廃用に陥る前のADL	
4	廃用の内容	
5	介入による改善の可能性	
6	改善に要する 見込み期間	
7	前回の評価からの 改善や変化	

【記載上の注意】

- 1 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 2 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて記載すること。
- 3 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 4 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 6 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名		男・女		生年月日(明・大・昭・平)				年	月	日	(歳)	利き手	右・右(矯正)・左		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等			
原因疾患(発症・受傷日)				合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)				廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓				リハビリテーション歴			
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M											
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)															
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:						<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:								
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助														
自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」							訓練時能力:「できる“活動”」						
		自	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	独	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
活動	屋外歩行						杖・装具:							杖・装具:	
	階段昇降						杖・装具:							杖・装具:	
	廊下歩行						杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの歩行						杖・装具:							杖・装具:	
	「」への車椅子駆動(昼)						装具:							装具:	
	車椅子・ベッド間移乗						装具:							装具:	
	椅子座位保持						装具:							装具:	
	ベッド起き上がり														
	食事						用具:							用具:	
	排尿(昼)						便器:							便器:	
排尿(夜)						便器:							便器:		
整容						移動方法・姿勢:							移動方法・姿勢:		
更衣						姿勢:							姿勢:		
装具・靴の着脱						姿勢:							姿勢:		
入浴						浴槽:							浴槽:		
コミュニケーション															
活動度		日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: 理由) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キヤッチアップ													
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) (職種・業種・仕事内容:)						社会参加(内容・頻度等)								
	経済状況()						余暇活動(内容・頻度等)								
心理	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)						依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)								
環境	同居家族: 親族関係:						家屋 : 家屋周囲: 交通手段:								
第三者の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:														

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)		年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				リハビリテーション歴:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M							

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)				短期目標 (___ヶ月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)				点			
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他） 復職（ <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望：	
		家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：		外泊訓練計画：	
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）			
退院後の社会参加の見込み：			説明者署名：

本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族（ ） 署名：
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

酸素の購入価格に関する届出書 (平成 年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合 (当該診療月前の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

3 その他

購入業者名	種類 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード	
---------	--

保険医療機関

所在地
名称
開設者

印

地方社会保険事務局長 殿

[記載上の注意事項]

- 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格 (消費税を含む。) を記載すること。

(別紙様式26)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要